



WELCOME

We are pleased to welcome you to our practice. Please take a few minutes to fill out this form as completely as you can.

If you have questions we'll be glad to help you. We look forward to working with you in maintaining your dental health.

カンバーランドファミリーデンタルにご来院いただきありがとうございます。この問診票は診療を進める上でとても重要ですので、出来るだけ詳しく英文(ローマ字)でご記入下さい。ご不明な点はお気軽にお尋ね下さい。皆様の歯の健康のため精一杯のお手伝いをさせていただきます。

Patient Information

Today's Date 日付: _____

Last Name: _____ First Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ Age: ____
氏名 (姓) (名) 誕生日 月 日 年 年齢

SS#: _____ Sex: Male _____ Female _____ Married _____ Single _____ Minor _____
ソーシャルセキュリティ番号 性別 男 女 既婚 独身 子ども

Guarantor: _____ E-mail Address: _____
世帯主名 E-メールアドレス

Home Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
自宅住所

Home Phone: (____) _____ Cell Phone: (____) _____
自宅電話 携帯電話

Patient Employer/School: _____ Employer Phone: (____) _____ Ext: _____
勤務先/学校 勤務先電話

Employer Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
勤務先住所

In cares of emergency 緊急の連絡先:

Name: _____ Relationship: _____ Phone number: (____) _____
氏名 関係 電話番号

Insurance Information / 歯科保険インフォメーション

Do you have dental coverage? Yes: _____ No: _____ * If no, please skip to the next section
歯科保険をお持ちですか? 有 無 お持ちでない場合は次の項目へ

Policy Holder's Name: _____
被保険者氏名

Relationship to Patient: Myself: _____ Spouse: _____ Parent: _____ Other: _____
患者との関係 自身 夫婦 親 その他

D.O.B. (M/D/Y): ____/____/____ SS#: _____ - _____ - _____
被保険者誕生日 月 日 年 ソーシャルセキュリティ番号

Home Address (If different from above): _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
被保険者の自宅住所 (世帯主の住所と異なる場合)

Subscriber Employer: _____ Business Phone: (____) _____ Ext: _____
被保険者勤務先 勤務先電話

Business Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
勤務先住所

Insurance Company: _____ Group #: _____ Subscriber ID: _____
保険会社 グループ# ID#

Secondary Insurance: _____ Group#: _____ Subscriber ID: _____
第二保険会社 グループ# ID#

Patients with dental insurance understand that all dental services are charged directly to the patient and that he or she is personally responsible for payment of all dental services. This office will help prepare the patient's insurance forms or assist in making collections from insurance companies and will credit any collections to the patient's account. However, this dental office cannot render services on the assumption that our charges will be paid by an insurance company.

当院で受けた診療・治療の費用の支払い責任はすべて治療を受けた患者様にあります。歯科保険をお持ちの患者様においては、当院が保険請求書の作成、保険金徴収のお手伝いをさせて頂き、徴収した保険金を患者様のアカウントにクレジットさせていただきます。

Medical History/病歴

Health problem that you may have or medication that you may be taking could have an important interrelationship with the dentistry. Thank you for answering the following questions.

現在の身体の状況、服用されているお薬、アレルギー等の情報は、安全で効果的な歯科治療を行う上でとても重要です。これらの情報は HIPPA(個人情報保護法)に基づいて管理しておりますので、正確にご記入ください。

Primary Physician's Name: _____ Date of Last Visit: _____

主治医の名前

最後の診察日

Office Number: (_____) _____

電話番号

Has your physician instructed you to take medication prior to your dental visit? ----- Yes No

主治医の先生から歯科治療にあたり前投薬服用の指示がされていますか？

If Yes, what medication? Yes と答えた方は薬の名前 _____

For what condition? Yes と答えた方は理由を説明してください。 _____

Have you had any serious illnesses or operations? ----- Yes No

今までに大きな病気又は外科手術をしたことがありますか？

If Yes, Please describe. Yes と答えた方は説明してください。 _____

Have you ever had a blood transfusion? ----- Yes No

今までに輸血を受けたことがありますか？

If Yes, when? Yes と答えた方は何時？ _____

Do you use Tobacco? 喫煙されますか？ ----- Yes No

If Yes, How much/long? Yes と答えた方は喫煙本数喫煙年数を記入してください。 _____

Do you have or have you ever had any of the followings?

以下の疾患にかかった事がある、または現在煩っていますか？

AIDS/HIV+ HIV 陽性・エイズ -----Y N	Hepatitis 肝炎 -----Y N
Anemia 貧血 -----Y N	High Blood Pressure 高血圧 -----Y N
Angina 狭心症 -----Y N	High Cholesterol 高コレステロール -----Y N
Arthritis/Rheumatism 関節炎・リウマチ -----Y N	Jaundice 黄疸 -----Y N
Artificial Heart Valves 人工弁移植 -----Y N	Kidney Disease 腎臓病 -----Y N
Asthma 喘息 -----Y N	Liver Disease 肝臓病 -----Y N
Back Problem 背中の異常 -----Y N	Migraine 偏頭痛 -----Y N
Blood Disease 血液の病気 -----Y N	Mitral Valve Prolapse 僧帽弁脱 -----Y N
Bruise Easily あざ -----Y N	Osteoporosis 骨粗しょう症 -----Y N
Cancer 癌 -----Y N	Pace Maker ペースメーカー -----Y N
Chemical Dependency 薬物依存 -----Y N	Radiation Treatment 放射線療法 -----Y N
Chemotherapy 化学療法 -----Y N	Respiratory Disease 呼吸器障害 -----Y N
Circulatory Problems 循環器異常 -----Y N	Rheumatic Fever リウマチ熱 -----Y N
Congenital Heart Defect 先天性心臓疾患 -----Y N	Scarlet Fever しょう紅熱 -----Y N
Cortisone Treatment コルチゾン療法 -----Y N	Shingles 帯状疱疹 -----Y N
Cough, Persistent 持続的な咳 -----Y N	Sickle Cell Disease 鎌状赤血球疾患 -----Y N
Cough up Blood 出血を伴う咳 -----Y N	Shortness of Breath 息切れ -----Y N
Depression 不安・鬱 -----Y N	Skin Rash or Hives 発疹・じんましん -----Y N
Diabetes 糖尿病 -----Y N	Stroke 脳卒中 -----Y N
Epilepsy/Seizures てんかん -----Y N	Swelling of Feet/Ankles 足(首)のむくみ -----Y N
Fainting/Dizziness 失神・めまい -----Y N	Thyroid Problems 甲状腺異常 -----Y N
Glaucoma 緑内障 -----Y N	Tonsillitis 扁桃炎 -----Y N
Heart Murmur 心雑音 -----Y N	Tuberculosis 結核 -----Y N
Heart Disease 心臓病 -----Y N	Venereal Disease 性病 -----Y N
Hemophilia 血友病 -----Y N	

<For Women/女性の方>

Are you pregnant or trying to get pregnant? 妊娠又は妊娠の疑いがありますか？ ----- Yes No

If Yes, Due date. Yes と答えた方は出産予定日: _____

Are you nursing? 授乳中ですか？ ----- Yes No

Are you taking birth control pills? 避妊薬を飲んでいますか？ ----- Yes No

Medications/常用薬

Please list all medications you are currently taking (includes OTC medications, supplements, and herbs)
 現在飲んでいる薬、サプリメント、ハーブ等を記入してください。

Medication 薬の名前	Dosage 服用量
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Are you ALLERGIC or have you ever experienced any reaction to the followings?
 薬物、その他に対するアレルギーについて、該当する方を○で囲ってください。

Acrylic アクリル	Y N	Metals/Nickel 金属	Y N
Aspirin アスピリン	Y N	Nitrous Oxide 笑気麻酔	Y N
Benzodiazepines (Valium, Halcion) ベンゾジアゼピン	Y N	Penicillin/Amoxicillin ペニシリン	Y N
Codeine コデイン	Y N	Tetracycline テトラサイクリン	Y N
Epinephrine エピネフリン	Y N	Sulfa Drugs サルファ剤	Y N
Erythromycin/Clindamycin エリスロマイシン	Y N	Other その他	Y N
Latex ラテックス(ゴム)	Y N		

Dental History/歯科病歴

Reason for today's visit: _____
 今日来院した理由

Date of last dental care: _____ Date of last dental X-rays: _____
 最後に歯科診療を受けたのはいつですか? 最後に歯科レントゲン撮ったのはいつですか?

Date of last teeth cleaning: _____
 最後に歯のクリーニングを受けたのはいつですか?

Previous Dentist: _____ Number: _____
 以前の歯科医名 電話番号

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 住所

Please circle the appropriate degree response. 該当する方を○で囲ってください。

Bad Breath 口臭	Y N	Broken fillings/Teeth 詰め物/歯が壊れた	Y N
Bleeding gums 歯肉からの出血	Y N	Frequent blisters 口内炎が得意やすい	Y N
Burning tongue/lips 舌/唇が痛む	Y N	Clicking or popping jaw 顎がカクカクしたり外れたりする	Y N
Grinding teeth 歯ぎしりをする	Y N	Sores/growths in your mouth 口の中に傷かでき物がある	Y N
Tartar 歯石	Y N	Swollen Gums 歯肉の腫れ	Y N
Loose Teeth 歯がぐらぐらする	Y N	Food collection between teeth 歯の間に物が詰まる	Y N
Stain 歯の着色	Y N	Crowding of Teeth 歯並びが悪い	Y N
Malocclusion かみ合わせが悪い	Y N	Gummy Smile 笑った時の歯と歯肉の見え方	Y N

Sensitivity しみたり痛みを感じる Y N

If Yes, please circle the appropriate condition. 該当する痛みを○で囲んでください。

Sensitive to hot ・ 熱い物がしみる Sensitive to sweets ・ 甘い物がしみる Sensitive to cold ・ 冷たい物がしみる
 Sensitive to biting ・ 咀嚼時に痛む Consistent pain ・ 何もしてなくてもずっと痛い

Please circle the degree of sensitivity in the scale of 10. 痛みの程度を○で囲んでください。

None / 無 ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Severe/ひどい

How often do you brush? _____

どれくらいの頻度で歯磨きをしますか？

How often do you floss? _____

どれくらいの頻度でデンタルフロスを使いますか？

Do you use an electric toothbrush? ----- Yes No

電動歯ブラシを使っていますか？

Are you satisfied with the way your teeth look? ----- Yes No

ご自分の歯の見た目に満足されていますか？

Have you ever considered bleaching, bonding, or braces for your teeth ----- Yes No

歯のホワイトニングや矯正に興味をお持ちですか？

Do you have difficulty chewing food? ----- Yes No

咀嚼(食事)するのに何か支障がありますか？

Have you ever had gum surgery or deep cleaning? ----- Yes No

歯周病の治療を受けたことがありますか？

Do you have a dry mouth? ----- Yes No

口の中が乾燥しやすいですか？

Do you have any problems with local anesthesia? ----- Yes No

麻酔に対する障害がありますか？

Does dental treatment make you nervous? No___ Slightly___ Moderately___ Extremely___

歯科治療に対する恐怖心がありますか？ いいえ 軽度 中度 重度

Is there any additional information you would like us to know?

その他歯科治療に対してご要望等がありますか？

Authorization

To the best of my knowledge, all of the preceding answers are true and correct. The information will be held in the strictest confidence and it is my responsibility to inform this office of any changes in my personal and dental insurance status.

I, hereby authorize Cumberland Family Dental, 100 Galleria Parkway Ste 670, Atlanta, GA 30339, to use and disclose my health care information. For example, the above mentioned dental care provider may use my health information for treatment or disclose it to a physician, dentist or other health care provider for health care operations, and to my insurance company(ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits or the benefits payable for related services. I understand that I have the right to gain access to my records, request corrections and an accounting for any unauthorized use of my personal health information.

ここに署名を持ってカンバーランド歯科医院に、私の歯科治療に必要な場合他の医療機関及び歯科医と、また保険金の支払いを請求するに当っては保険会社又は代行人と、私の個人情報・健康情報を取り交わす許可を与えます。

また、自分の個人情報を何時でも閲覧し、訂正が必要であれば訂正を要求し、許可なく情報を使用された場合、その弁明要求の権利がある事を了解します。

X _____

Signature (If patient is under the age of 18, parent or guardian)

Date

ご署名(患者様が18歳未満の場合はご両親、付き添いの方のご署名)

日付

How did you find our practice? 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

___ Family, Friends etc 紹介 (Name: _____)

___ Insurance Company 保険会社

___ Advertisement 広告

___ Website ウェブサイト

___ Other その他(_____)